



# دستور العمل ثبت کنزارش پرستاری

مدیریت پرستاری دانشگاه  
شهریور ۱۳۹۷

گرداورندگان :  
دکتر سیما فیض اله زاده  
ندا سلطان نژاد  
لیدا سعیدی



کد دستورالعمل Ra.NR.97.08

شماره ۸



مدیریت پرستاری

## فهرست مطالب

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| ۴  | اهداف گزارش نویسی.....                              |
| ۵  | خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح.....                   |
| ۷  | گزارش شفاهی در پرستاری.....                         |
| ۸  | گزارشات تلفنی.....                                  |
| ۹  | دستورات تلفنی.....                                  |
| ۹  | گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان (موسسه درمانی)..... |
| ۱۰ | ثبت علایم حیاتی.....                                |
| ۱۰ | ثبت رژیم غذایی.....                                 |
| ۱۰ | ثبت دفع.....                                        |
| ۱۱ | ثبت وضعیت خواب و استراحت.....                       |
| ۱۱ | ثبت تغییرات رفتار بیمار.....                        |
| ۱۱ | ثبت موارد پاراکلینیکی.....                          |
| ۱۱ | گزارش درد بیمار.....                                |
| ۱۲ | گزارش دارو درمانی.....                              |
| ۱۲ | ثبت مراقبت های پرستاری.....                         |
| ۱۴ | گزارش ترانسفوزیون خون.....                          |
| ۱۴ | ثبت گزارش CPR.....                                  |
| ۱۵ | ثبت گزارش آموزش به بیمار.....                       |
| ۱۶ | گزارش نویسی گام به گام.....                         |
| ۱۶ | گزارش بدو ورود.....                                 |
| ۱۶ | گزارش قبل از عمل:.....                              |
| ۱۷ | گزارش بعد از عمل.....                               |
| ۱۷ | گزارش ریکاوری:.....                                 |



## مدیریت پرستاری

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| گزارش ترخیص.....                                | ۱۸ |
| گزارش فوتی.....                                 | ۱۸ |
| مشکلات قانونی در ثبت گزارش.....                 | ۱۹ |
| نکات ضروری در ثبت گزارش پرستاری.....            | ۱۹ |
| دستورالعمل تصحیح موارد اشتباه در ثبت گزارش..... | ۲۰ |
| تحریف در گزارش پرستاری.....                     | ۲۰ |



## مدیریت پرستاری

### گزارش پرستاری

به جرات می‌توان گفت که یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران گزارش پرستاری می‌باشد گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس میکند. در بیان ارزش گزارش پرستاری میتوان به موارد زیر اشاره کرد :

۱. نافذ ترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران ، پزشکان.
۲. سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و موثر از بیماران نیازمند به کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی ، اقدامات تشخیصی درمانی ، مراقبتی و آموزشی می باشد.
۳. سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک، و...
۴. سند مهم برای پژوهش و نظارت

### اهداف گزارش نویسی

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
۳. تهیه صورتحساب مالی
۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
۶. نظارت کنترل و ارزشیابی سیستم های مراقبتی، درمانی و بهداشتی
۷. پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی



## مدیریت پرستاری

### خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبت های پرستاری الزامی است.

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| Actual               | ۱. حقیقت        |
| Accuracy             | ۲. دقت          |
| Completeness Concies | ۳. کامل و مختصر |
| Current ness         | ۴. پویایی       |
| Organization         | ۵. سازماندهی    |
| Confidential         | ۶. محرمانه بودن |

### حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند.

- از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نماید.
- به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.
- مثال - گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.
- گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

### دقت در گزارش نویسی:

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند. مثال:

- گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ cc مایعات (آب) مصرف نموده است.
- گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.
- گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ cm طول دارد.



## مدیریت پرستاری

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار

- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری نمایید.
- علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.
- در ثبت گزارش پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

## کامل بودن گزارش

- اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.
- در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

## پویایی در گزارش

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.

تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش صورت گیرد.

فعالیت ها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تست های تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده



## مدیریت پرستاری

### ۷. تشخیص های پرستاری

#### سازماندهی گزارش:

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و از فرم های مخصوص جهت ثبت گزارش استفاده گردد.

#### محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه باشد و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار قرار گیرد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

### گزارش شفاهی در پرستاری

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد. پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه ای از فعالیت ها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید. چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| change of shift reports | ۱. گزارش تعویض شیفت |
| Telephone reports       | ۲. گزارش تلفنی      |
| Transfer reports        | ۳. گزارش انتقالی    |

#### گزارش تعویض شیفت

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است. گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد.



## مدیریت پرستاری

با توجه به این امر که پرستاران مسئولیت های زیاد و متنوعی را دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.

در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبت های دریافت شده بحث نماید.

## گزارشات تلفنی

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

\* اطلاعات واضح است

\* اطلاعات صحیح است

\* اطلاعات دقیق است

جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک ، پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

\* چه موقع تماس گرفته است؟

\* چه کسی تماس گرفته است؟

\* با چه کسی صحبت شد؟

\* چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال: ساعت ۱۰:۲۲ pm مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۲، ۳ میلی اکسی والان گزارش نمود.

محمدی، پرستار بخش

تاریخ، امضا

## گزارش انتقالی

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود.

هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران بایستی به نکات زیر توجه نمایند.

✓ نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک

✓ خلاصه ای از سیر بیماری

✓ وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)



## مدیریت پرستاری

- ✓ تشخیص ها، مشکلات و مراقبت های فعلی پرستاری
- ✓ هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
- ( لازم به توضیح است کلیه مواردی که بصورت شفاهی داده می شود در پرونده بیمار نیز باید ثبت گردد، در صورتی که پرستار در حین انتقال همراه بیمار می باشد گزارش حین انتقال و گزارش تحویل بیمار نیز توسط خود فرد ثبت می گردد)

## دستورات تلفنی

- این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود.
- دستورات تلفنی بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستوران پزشک را در فرم دستورات پزشک به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند.
- بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.
- وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.
- نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:
- ✓ چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نماید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- ✓ بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نماید.
- ✓ هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نماید.
- ✓ تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نماید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نماید.
- ✓ لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر مهر و امضاء گردد.

## گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان (موسسه درمانی) :

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.

گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

- ✓ توصیف دقیق واقعه
- ✓ زمان حادثه
- ✓ اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه



## مدیریت پرستاری

- ✓ زمان اطلاع به پزشک مسئول
- ✓ زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- ✓ درمان ها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

## ثبت علایم حیاتی

علایم حیاتی در فلوشیت مخصوص ثبت علایم حیاتی ثبت گردیده و فقط در صورت غیر طبیعی بودن موارد، به عنوان مشکل بیمار در یادداشت پرستاری منعکس شده و با رعایت بندهای کامل مراقبتی (عنوان مشکل، اقدامات و مراقبت های انجام یافته و نتیجه درمان) ثبت و به پزشک مربوطه اطلاع داده شود. قابل ذکر است که در صورت ثبت ناقص هریک از بندهای ذکر شده، مورد، به عنوان ثبت ناقص تلقی شده و تبعات قانونی را به دنبال خواهد داشت. علایم حیاتی حین پذیرش، زمان ترخیص باید به طور کامل ثبت شود و ثبت مهر و امضای پرستار در برگ مربوطه الزامی می باشد.

## ثبت رژیم غذایی

به مقدار غذایی که فرد بصورت روزانه مصرف می کند رژیم غذایی می گویند. تغذیه ای مناسب است که میزان ویتامین، مواد معدنی، پروتئین و مواد سوختی آن به اندازه کافی باشد. عدم تعادل بین خوردن مواد سوختی و مصرف انرژی، سبب فقر غذایی در بیمار خواهد شد. در ذکر نوع رژیم غذایی بیمار در پرونده ۴ مورد حتما باید رعایت شود:

- در کاردکس بیمار ثبت شود
- بالای سر بیمار ثبت شود
- به بیمار آموزش داده شود
- در گزارش پرستاری ثبت گردد

در گزارش پرستاری نیز باید نوع رژیم، اشتها، بیمار، علت امتناع از خوردن، مقدار غذای خورده شده، تحمل یا عدم تحمل تغذیه ثبت شود.

## ثبت دفع

در گزارش پرستاری باید کارکرد روده و دفع ادرار ثبت شود. ذکر موارد غیر طبیعی مانند عدم کارکرد شکم، تغییر در رنگ و حجم ادرار یا مدفوع، نبود صداهای روده و... باید ثبت شود.



## مدیریت پرستاری

در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات ( 0 & 1 ) دارد ضروریست پس از محاسبه، میزان جذب و دفع در پایان هر شیفت در برگه مربوطه ثبت گردد. جمع ۲۴ ساعته ( 0 & 1 ) بیمار در برگه علائم حیاتی ردیف مربوطه نیز باید ثبت شود.

### ثبت وضعیت خواب و استراحت

خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم است خواب کافی سبب کاهش استرس، اضطراب و فشارهای عصبی می شود و به شخص در بازیافت انرژی مجدد برای تمرکز بهتر حواس، سازگاری و لذت بردن از فعالیت های روزانه کمک می کند. بی خوابی یا هرگونه اختلال در وضعیت خواب و استراحت بیمار باید در گزارش پرستاری ثبت شود.

### ثبت تغییرات رفتار بیمار

رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست. رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود بلکه شامل تغییرات خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری، تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی، عکس العمل های فیزیولوژیکی نیز می باشد. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار ثبت شود.

### ثبت موارد پاراکلینیکی

آزمایشات، گرافی ها و کلیه اقدامات پاراکلینیکی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت اجرا و زمان تحویل و زمان پیگیری جواب در گزارش پرستاری باید ثبت گردد. جواب آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و موارد غیر طبیعی با ذکر ساعت و تاریخ اطلاع به پزشک در پرونده بیمار ثبت گردد. در صورت نیاز به اقدامات پرستاری با ذکر ساعت انجام و نتیجه کار باید به دقت در پرونده بیمار ثبت گردد.

### گزارش درد بیمار

درد تجربه ای احساسی و عاطفی است که با آسیب های شدید بافتی و روانی توأم است یا برحسب چنین معیاری ارزیابی می شود. اولین فرد برای کنترل درد بیمار پرستار اوست. پرستار حرفه ای باید درد بیمار را کنترل کند که این کنترل براساس تشخیص شدت درد و ارزیابی و پاسخ بیمار به داروهای مسکن است. در گزارش درد بیمار کلیه موارد زیر مورد توجه قرار گرفته و ثبت گردد

- کیفیت درد (تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده)



## مدیریت پرستاری

- شدت درد
- دوره درد (درد مداوم و درد متناوب و درد زودگذر)
- عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد
- واکنشهای رفتاری، آشکارسازی فیزیولوژیکی
- تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس، فشارخون و واکنش مددجو

## گزارش دارو درمانی

اجرای دستورات دارویی، بخش مهمی از فرآیند درمان و مراقبت بوده و جزء اصلی عملکرد پرستاران محسوب می گردد. ایمنی بیمار، در این میان، نقش برجسته ای دارد. بروز اشتباهات دارویی میتواند باعث بروز مشکلات جدی در سلامت بیمار شده و تهدیدی برای ایمنی بیمار محسوب شود. در دادن دارو به بیمار به (8 Right) بایستی توجه کنیم:

۱. بیمار صحیح
  ۲. داروی صحیح
  ۳. زمان صحیح دارو
  ۴. راه مصرف صحیح دارو
  ۵. دوز مصرف صحیح دارو
  ۶. ثبت صحیح دارو
  ۷. تجویز صحیح دارو
  ۸. پاسخ مناسب بیمار به دارو
- در صورت بروز مشکل در دادن دارو به بیمار ( نبود دارو در بخش، امتناع بیمار از مصرف دارو، تغییر شرایط بیمار جهت مصرف دارو و....) باید در گزارش پرستاری بصورت دقیق ثبت گردد و به پزشک بیمار اطلاع داده شود

## ثبت مراقبت های پرستاری

مراقبت پرستاری، پاسخ پرستاری به نیازهای روحی، اجتماعی، احساسی و جسمی بیماران در جهت بهبود، حفظ سلامت، داشتن زندگی طبیعی و رضایت بیماران و پرستاران می باشد. عناصر مراقبت شامل حمایت احساسی، تامین آرامش و راحتی و برقراری ارتباط مناسب می باشد.



## مدیریت پرستاری

### ۱- ۱۳ Oxygen Therapy

- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- روش اکسیژن درمانی
- میزان اکسیژن درمانی
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

### ۲- ۱۳ Wound Dressing

- محل زخم
- وسعت و اندازه زخم
- نزدیک بودن لبه های زخم
- وجود یا عدم وجود ترشح
- رنگ ، نوع و میزان ترشح
- وجود درن ( توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن)
- نوع محلول شستشو
- نوع پانسمان استفاده شده
- توالی تعویض پانسمان
- واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی

### ۳- ۱۳ Bladder Catheterization

- هدف از سنداژ مثانه
- نوع سند جهت سنداژ
- سایز سند
- ثبت مانورها قبل از سنداژ
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

### ۴- ۱۳ N.G.T insertion

گذاشت:



## مدیریت پرستاری

- نوع گاوآژ: متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گاوآژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش مدجو

### لاواژ:

- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشتی
- واکنش مددجو

## گزارش ترانسفوزیون خون

همو به معنای خون و **VIGILANCE** به معنای مراقبت است. در واقع هموویژلانس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی درمقابل عوارض نا خواسته ناشی از انتقال خون است.

مواردی که باید توسط پرستار حین تزریق خون یادداشت گردد شامل:

- نام فرآورده خونی
- تاریخ تزریق
- ساعت تزریق
- تعداد واحد خون یا پلاسمای مصرفی
- شماره کیسه های مصرفی
- کنترل علائم حیاتی به طور متناوب (قبل، حین و پس از تزریق خون) و ثبت در چارت ترانسفوزیون خون
- لازم است تزریق خون توسط ۲ پرستار تایید و مهر و امضا گردد

## ثبت گزارش CPR

طبق دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۲۷

وضعیت بالینی ابتدایی فرد احیا شونده، چگونگی و نحوه عملکرد افراد تیم احیا باید پس از اتمام CPR ثبت گردد.

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)



## مدیریت پرستاری

- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجرای دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع، دوز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید).
- واکنش مردمک ها
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

## ثبت گزارش آموزش به بیمار

هدف از آموزش به بیمار آشنائی مددجو با بیماری خود، توانائی مددجو در برنامه های خود مراقبتی، افزایش توانائی در تصمیم گیری جهت ادامه درمان، افزایش دانش، نگرش و مهارت مددجو در زمینه مراقبت از خود، ارتقا رضایت مددجو از خدمات درمان، بهبود شیوه و کیفیت زندگی و کاهش هزینه های بیمارستانی می باشد؛ در ثبت این فرایند لازم است موارد زیر مورد توجه قرار گیرد.

- نیازهای آموزشی بیمار، برنامه ریزی برای آموزش، کاربرد وسایل سمعی و بصری مختلف
- فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده و... (اثر انگشت و امضاء) محتوای آموزش
- بکار بردن عبارات و جملاتی که موید فهم و دریافت آموزش توسط فراگیر باشد (نشان دادن، بیان کردن، بکار بردن صحیح وسایل)
- تاکید بر علائم و نشانه های مهمی که نیاز به گزارش پزشک دارد.
- آموزش در مورد داروهای مصرفی، اثر، عوارض و اقدامات خاص و...
- آموزش در مورد محدودیت های بیمار



## مدیریت پرستاری

### گزارش نویسی گام به گام

#### گزارش بدو ورود

- ثبت تاریخ و ساعت بستری بیمار، نحوه مراجعه به بیمارستان (با پای خود، در بغل مادر، با برانکارد یا صندلی چرخدار)
- شرح حال بیمار: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، مشکلات بالقوه و موجود و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم هایی از بدن را در بر دارد.
- سابقه بستری، سابقه عمل جراحی، سابقه خانوادگی، سابقه مصرف دارویی (نام دارو و میزان مصرف)
- نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک
- ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار به هنگام پذیرش
- ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف) گرافی ها، مشاوره ها و EKG، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت کلیه موارد قابل

#### گزارش قبل از عمل:

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)
- تشخیص هویت بیمار (چک دستبند هویت و مطابقت با پرونده بیمار)
- کنترل و ثبت محل عمل (پرسش از بیمار و مطابقت با پرونده بیمار)
- ثبت سابقه بیماری ها و حساسیت های بیمار
- اخذ رضایت آگاهانه جهت عمل و ثبت در گزارش
- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل
- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و....)
- ثبت دستورات دارویی قبل از عمل
- آمادگی انجام شده (NPO، انما، شیو، خروج اجسام خارجی مثل دندان مصنوعی و جواهرات و غیره)
- ثبت آموزش های قبل از عمل داده شده به بیمار
- در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت می شود. کنترل صدای قلب و حرکات جنین و غیره الزامی است.
- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ



## مدیریت پرستاری

### گزارش بعد از عمل

#### گزارش بیهوشی

- ثبت تعیین هویت بیمار
- نوع بیهوشی
- مدت زمان بیهوشی و زمان اکس تیوپ بیمار
- ثبت نوع سرم و میزان حجم مایعات دریافت شده در مدت بیهوشی (سرم یا فراورده های دیگر)
- ثبت میزان out put بیمار (در صورت داشتن سوند و ....)
- ثبت عوارض حین بیهوشی (خونریزی، عکس العمل به داروها، عوارض لوله گذاری)
- ثبت علائم حیاتی و وضعیت هوشیاری هنگام خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری

#### گزارش سیرکولر

- ثبت تعیین هویت بیمار
- ثبت ساعت شروع عمل و محل برش جراحی و اندازه انسزیون
- ثبت ساعت قرار دادن و محل قرارگیری پلیت کوتر
- ثبت تایید شمارش گاز و لنگارو سایر وسایل مصرفی
- ثبت محل نمونه برداری، نوع، تعداد و اندازه تقریبی نمونه
- ثبت محل بستن تورنیکه و زمان شروع و پایان
- ثبت وضعیت درن ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و نوع پانسمان
- ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری به هنگام تحویل به ریکاوری
- در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک

### گزارش ریکاوری :

- ثبت ساعت ورود به اتاق ریکاوری
- ثبت وضعیت عمومی بیمار (استفراغ، خونریزی و ....) با قید ساعت
- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل به بخش و ثبت اطلاعات مربوطه مثل (NGT، چست تیوپ، وزنه و هموواک...)



### مدیریت پرستاری

- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست
- ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخوASTE که در اتاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد
- ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد .
- در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار ، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت می شود

### گزارش ترخیص

- کنترل دستور ترخیص بیمار ( توسط پزشک امضاء و مهر شده باشد)
- ثبت وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی ، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه بیمار
- ثبت آموزش های قبل از ترخیص ( شفاهی ، پمفلت و غیره )
- آموزش های ضمن ترخیص شامل : رژیم غذایی ، فعالیت ، دارو ، مراقبت از زخم، زمان مراجعه بعدی به پزشک، پیگیری های بعد از ترخیص و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند .
- دادن کارت ترخیص
- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند گرفتن اثر انگشت الزامی است .
- در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند ، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد

### گزارش فوتی

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی - عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ثبت ساعت فوت، نحوه صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد).
- ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.
- باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی ملحفه چسبانیده شود



## مدیریت پرستاری

### مشکلات قانونی در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- عدم تطابق محتوی گزارش با نیازهای بیمار
- محتوی ناقص یا بی ثبات
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش
- تحریف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- نداشتن امضا و مهر پرستار در گزارش
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش
- ثبت گزارش قبل از انجام مداخله
- وجود تناقض در پرونده

### نکات ضروری در ثبت گزارش پرستاری

- ✓ پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود ، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.
- ✓ به منظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها ، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .
- ✓ از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- ✓ جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید.
- ✓ با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود .
- ✓ مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار مسئول بیمار است.
- ✓ در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.



### مدیریت پرستاری

- ✓ با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علایمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار ، سیر بیماری ، تصمیم گیری برای درمان ( شروع ، ادامه ، قطع دارو و یا اعمال جراحی و...) کمک کننده باشد حتما " گزارش نمائید.
- ✓ با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمائید.
- ✓ ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مدد جو، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید .
- ✓ ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ✓ از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.
- ✓ از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید
- ✓ توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.

### دستورالعمل تصحیح موارد اشتباه در ثبت گزارش

- ✓ کشیدن خط بر روی مورد اشتباه ( به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد)
- ✓ ثبت عبارت اشتباه است بالای مورد اشتباه
- ✓ ثبت تاریخ و سمت پرستار در انتهای گزارش

### تخریف در گزارش پرستاری

- ✓ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- ✓ حذف نکات مهم از گزارش
- ✓ دوباره نویسی و یا تغییر محتوی گزارش
- ✓ تخریب گزارش های قبلی
- ✓ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین